

Aspectos específicos de la anestesia en cirugía abdominal por laparotomía en el adulto

B. Goubaux, O. Pérus, M. Raucoules-Aimé

Un mejor conocimiento de la fisiología del peritoneo y de los diversos órganos intraperitoneales ha permitido mejorar el tratamiento de los pacientes que han de someterse a una intervención de cirugía digestiva mayor. El acceso a la cavidad abdominal mediante laparotomía es responsable de la ruptura del equilibrio de un medio muy complejo, máxime cuando se realiza un drenaje, y se acompaña, esencialmente, de complicaciones respiratorias, que constituyen la causa más frecuente de la aparición de complicaciones postoperatorias. Cada vez más, los pacientes de edad avanzada y con mal estado general se someten a intervenciones quirúrgicas mayores. Su tratamiento comienza durante el período preoperatorio, en el que, en ocasiones, resulta necesario un soporte nutricional. La rehabilitación postoperatoria de los pacientes tiene, igualmente, una importancia primordial, dado que ésta facilita los cuidados postoperatorios: un mejor control de las náuseas y de los vómitos postoperatorios y el desarrollo de técnicas de analgesia locorregional postoperatoria son las principales bases.

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Peritoneo; Epiplón mayor; Drenaje; Aspiración digestiva; Complicaciones respiratorias; Íleo postoperatorio; Náuseas y vómitos postoperatorios; Nutrición perioperatoria; Rehabilitación postoperatoria

Plan

■ Introducción	1
■ Generalidades	1
Reseña fisiológica	1
Vías de acceso del peritoneo por laparotomía	4
Drenajes abdominales	5
Aspiración digestiva	5
■ Peculiaridades de la anestesia-reanimación en la cirugía abdominal abierta	6
Consecuencias respiratorias de la cirugía digestiva por laparotomía	6
Íleo postoperatorio y reinicio del tránsito	7
Náuseas y vómitos postoperatorios	8
Nutrición perioperatoria	8
Rehabilitación postoperatoria	10
■ Conclusión	12

■ Introducción

La cirugía abdominal constituye un ámbito muy amplio, que abarca desde la cirugía parietal (tratamiento de hernias o de eventraciones), hasta la cirugía de las vísceras huecas (estómago, intestino delgado, vías biliares, colon, recto), sólidas (hígado, bazo, páncreas) y,

más recientemente, la cirugía de los cánceres intraperitoneales (resección de nódulos de carcinomatosis asociada a una quimioterapia hipertérmica intraperitoneal o QHIP).

Contrariamente a lo que se cree, la anestesia-reanimación en cirugía abdominal es una especialidad amplia y compleja, dado que se encarga con mucha frecuencia de pacientes de edad avanzada, con mal estado general y que deben someterse a una intervención mayor. Se han obtenido progresos en los últimos años, tanto en lo que se refiere al desarrollo de protocolos quirúrgicos como a las técnicas anestésicas, lo que ha contribuido a la mejora de la calidad de los cuidados postoperatorios y a la disminución de la incidencia de complicaciones. Las indicaciones quirúrgicas se han podido extender a numerosos tipos de pacientes y se han desarrollado intervenciones innovadoras para el tratamiento de los cánceres o de la obesidad mórbida.

Sin embargo, el tratamiento postoperatorio de estos pacientes sigue siendo complejo, debido a las consecuencias que provoca la cirugía sobre esta zona concreta que es la región abdominal.

■ Generalidades

Reseña fisiológica

Peritoneo

El peritoneo es el órgano ineludible de la cirugía abdominal por laparotomía: debido a su papel de

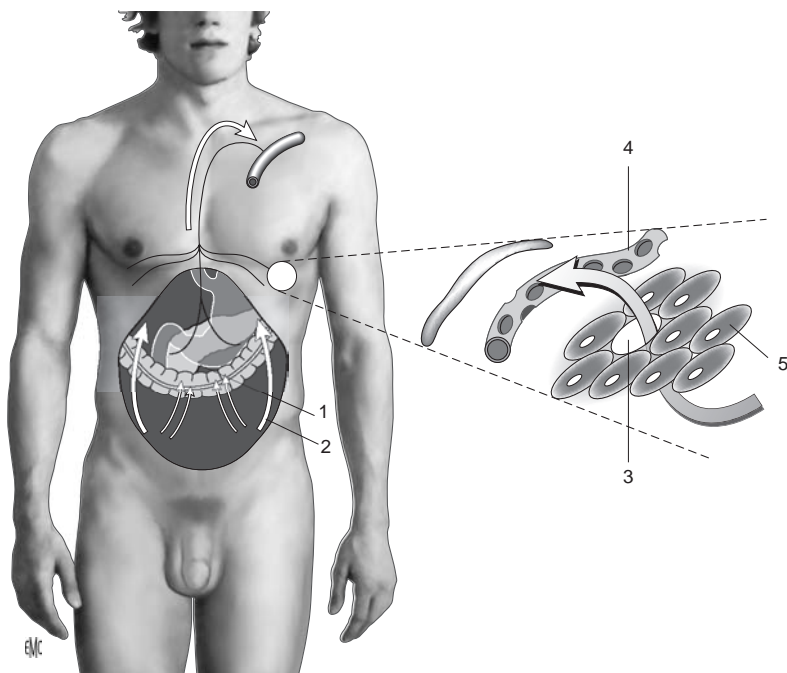


Figura 1. Corrientes y circulación del líquido intraperitoneal [4]. 1. Epiplón mayor; 2. corrientes intraperitoneales; 3. orificio; 4. conductos linfáticos fenestrados; 5. células mesoteliales.

revestimiento, sostén, defensa y nutrición de las diversas vísceras, se ve afectado por la realización de incisiones y los posibles drenajes, lo que conlleva diversas repercusiones fisiopatológicas.

El peritoneo es una amplia cubierta serosa de 1,5-2m², compuesta por dos capas: una hoja parietal (10% de la superficie), que recubre la parte interna de la pared abdominal y de la pelvis, incluido el diafragma, y una hoja visceral (90% de la superficie), que recubre la parte intraabdominal del tracto digestivo, el hígado y el bazo, y forma el epiplón mayor y el mesenterio. Cada hoja está compuesta por una monocapa de células mesoteliales planas y con contornos poligonales. En el aspecto embrionario, estas células mesoteliales derivan del mesodermo, como las células endoteliales de los vasos sanguíneos, lo que les confiere propiedades comunes a estas últimas. Son capaces de expresar en la superficie de su membrana marcadores específicos que les permiten provocar la migración de neutrófilos, presentar antígenos a las células inmunitarias y producir citocinas, factores de crecimiento, factores de activación y de desactivación del plasminógeno tisular, etc. Estas propiedades les hacen desempeñar una función considerable en la fisiopatología de las peritonitis.

Las células mesoteliales del peritoneo secretan, igualmente, un líquido viscoso con propiedades similares a las del surfactante, que contiene una pequeña cantidad de células [1] (sobre todo linfocitos, polimorfonucleares neutrófilos y macrófagos, que proceden del epiplón mayor, de las células mesoteliales descamadas y de las células dendríticas). Este líquido, cuyo volumen medio normal es de unos 100 ml [2] desempeña dos funciones esenciales:

- por un lado, permite asegurar el deslizamiento de las vísceras intraabdominales durante el peristaltismo;
- por otro lado, desempeña un papel principal de defensa contra un posible material inoculado [3]. El líquido peritoneal está sometido a un flujo constante, de dirección cefálica, que lo dirige hacia la región subdiafragmática (Fig. 1); en esta zona, la capa de células mesoteliales está fenestrada por orificios que están unidos directamente a la red linfática, lo que permite su absorción [3]. Así, bastan unos minutos para comenzar a limpiar la cavidad peritoneal en caso de presencia de material inoculado. Por otro lado, el

tamaño de las fenestraciones diafragmáticas es modulable, en especial ante procesos inflamatorios, lo que permite, en caso de necesidad, aumentar la reabsorción linfática.

En el adulto, el flujo sanguíneo esplácnico total se estima entre 1-2,4 l/min. El peritoneo está profusamente vascularizado. La vascularización proviene de dos fuentes: la primera, de las arterias mesentéricas superior e inferior, con retorno venoso por la vena porta; la segunda, de las arterias ilíacas, lumbares, circunflejas, epigástricas e intercostales, con retorno venoso independiente del sistema porta [2]. Existe una red capilar muy amplia y compleja. Las distintas ramificaciones aseguran, a nivel de los mesos, la vascularización intestinal, y atraviesan sucesivamente la serosa, la muscular y la submucosa. En caso de dilatación de la cavidad intestinal, estas ramificaciones arteriales pueden distenderse y/o comprimirse, lo que compromete la vascularización de la pared intestinal.

La red linfática del peritoneo está muy extendida y permite, al igual que para los demás órganos, el drenaje del líquido proveniente del intersticio. Como se ha visto anteriormente, el drenaje se realiza de forma autónoma, por vía ascendente, gracias a la intervención de las fenestraciones situadas en la superficie subdiafragmática, hacia el mediastino y los vasos de la base del cuello. Numerosos factores fisiológicos pueden modificar el flujo del drenaje, tales como la postura, la variación de la presión hidrostática intraperitoneal, la inflamación o ciertos fármacos [2].

La inervación del peritoneo es igualmente profusa, y permite transmitir informaciones sensitivas, así como fenómenos reflejos en caso de agresiones (Cuadro I): el peritoneo parietal anterior está inervado por los seis últimos nervios intercostales, el posterior por el plexo lumbar, el diafragmático por el frénico y los nervios intercostales, el pélvico por los nervios pudendos e hipogástricos, y el peritoneo visceral por los nervios espláncnicos. A la altura del peritoneo parietal anterior, cualquier irritación o manipulación desencadena un dolor que puede ir acompañado de una contractura muscular si el estímulo es intenso. El peritoneo visceral es, por su parte, sensible a otros estímulos (tracción sobre los mesos y distensión de la luz digestiva, de los espacios tisulares o de las cápsulas de las vísceras sólidas).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756733>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756733>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)